



**Authorization for the Release
of Confidential Information**

No escriba en esta casilla



DT4068
Solicitud de registros

N.º de registro médico: _____

N.º de cuenta: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DEBEN completarse todas las secciones de este formulario de autorización para que el mismo se considere válido.

Apellido del paciente: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: (Opcional) _____ Teléfono: _____

Solicito que se envíen mis registros a:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad/estado: _____ Código postal: _____ Número de fax: (Solo proveedor de atención médica) _____
Dirección de correo electrónico: _____

Solicito que se divulgue la siguiente PHI de mi(s) registro(s) médico(s):

- ☐ Pertinente (Resumen de pacientes ingresados que incluye informes médicos, resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas)
☐ Registro del Departamento de Emergencias
☐ Registros de la clínica – especifique la clínica o el médico: _____
☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de radiología/imagenología ☐ Resumen de alta ☐ Informes operativos/de patología ☐ Inmunizaciones
☐ Registros de salud mental – Incluye notas de visitas de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
☐ Registro clínico completo
☐ Registros de facturación
☐ Película/rastreo/medios de radiología
☐ Otros/Externos (especifique): _____
☐ Notas de psicoterapia (no hay notas de psicoterapia en los entornos de hospitalización, ni en la mayoría de las visitas al consultorio. Un formulario separado solicitando solo notas de psicoterapia debe ser completado si se solicitan estas notas).

Cubriendo el período de atención médica de:

☐ Fecha(s) específica(s): _____ a _____ ☐ Todas las fechas de los encuentros/visitas.

Razón por la que se solicita la información:

- ☐ Atención continua ☐ Personal
☐ Seguro ☐ Legal
☐ Otro: _____

Cómo debemos enviar la información solicitada:

Los registros se entregarán electrónicamente en lugar de en papel si es posible.

Pueden aplicarse tasas a los expedientes en papel.

- ☐ Correo electrónico seguro ☐ Fax (solo al proveedor de atención médica)
☐ CD (formato electrónico) ☐ Papel

Al firmar este formulario de autorización, comprendo que:

- Las solicitudes de copias de registros médicos y/o material no perteneciente a documentos podrían estar sujetas a tarifas.
- La información del registro médico puede incluir registros relativos a la atención de salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA y/o tratamiento para abuso de alcohol/drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito y presentarse ante la Administración de información de salud. La revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque por otra vía, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/condición: _____
Si no especifica una fecha/evento/condición de vencimiento, esta autorización vencerá un año a partir de la fecha en que se firmó.
- El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados por el hecho de que yo firme o no esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Firma del paciente/representante autorizado* _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____ Relación con el paciente: _____

*Si es firmado por un representante autorizado del paciente, la documentación legal de apoyo debe acompañar este formulario de autorización.

Licencia de conducir o identificación con foto (exigida cuando se recogen los registros)

Estado de la licencia de conducir: _____ Número: _____

Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Envíe el formulario completado a: The University of Kansas Health System – Health Information Management

4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160

Envíe adjunto el formulario firmado al correo electrónico: ROI@kumc.edu o fax: 913-588-2495

<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

The University of Kansas Health System

Instrucciones para completar la Autorización para la divulgación de información confidencial

1. Complete la primera sección con su nombre actual, fecha de nacimiento, dirección actual, dirección de correo electrónico actual y número de teléfono del día.
2. **Solicito que se envíen mis registros a:** Complete el nombre de la persona/compañía a donde desea que enviemos copias. Si las copias son para usted, indique "Yo mismo" en el campo de nombre. Además complete la información de contrato incluyendo el teléfono, la dirección y número de fax si las copias deben enviarse a otro proveedor de atención médica. Si los registros serán retirados, debe indicarse el nombre de la persona que retira los registros.
3. **Solicito que se divulgue la siguiente PHI de mi(s) registro(s) médico(s):** Marque los documentos que solicita. Un resumen o documento pertinente incluye las notas fundamentales del médico y los resultados de pruebas. Esto es lo que la mayoría de los demás proveedores de atención médica desean obtener. Cuando seleccione la documentación pertinente o el registro completo, tenga en cuenta que enviaremos solo los últimos dos años a menos que se especifique otra cosa. Los resultados de pruebas cuando se marcan individualmente por lo general son para fechas específicas de servicios tal como se indica en la siguiente sección.
 - Los registros de facturación NO se mantienen en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solo solicita registros de facturación, envíe este formulario por correo a Patient Financial Services at 11300 Corporate Ave, Suite 260 Lenexa, KS 66219. Puede llamar a Servicios Financieros para el Paciente al 913-588-5820.
 - Las imágenes de radiología NO se guardan en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solo solicita imágenes de radiología (películas), envíe este formulario por correo a Imaging Center, 2015 W. 39th Street, Kansas City, Kansas 66160. Puede enviar por fax al Imaging Center al 913-588-6899. Su número de teléfono es 913-588-6812. Para Imágenes del Campus de Great Bend, llame al 620-282-9865 o puede enviar este formulario por fax al 620-792-7315.
4. **Fechas de tratamiento específicas:** Indique una lista de fechas específicas, el último año o los últimos dos años. Si no recuerda las fechas específicas, indique por lo menos un período de tiempo como el último mes, los últimos seis meses, etc.
5. **Razón por la que se solicita la información:** Marque si los registros son para continuidad de la atención, personales, de seguros o por razones legales.
6. **Cómo se recibe la información (si no se marca, el correo es la opción predeterminada):** Los registros de papel o CD se enviarán a la dirección proporcionada. Los registros se pueden enviar por correo electrónico seguro si se solicita. Los registros serán enviados solo a otro proveedor de atención médica.
7. **Firma del paciente/representante autorizado:** Este formulario debe ser firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud está siendo realizada por un representante autorizado del paciente (padre o madre de un menor, persona designada en el poder legal, albaceas, etc.) firme y coloque la fecha en el formulario. Indique el nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente. Este formulario de autorización debe estar acompañado por documentos legales de apoyo cuando sea firmado por un representante autorizado.
8. **Licencia de conducir o identificación con foto:** Se requerirá esto al recoger registros en cualquiera de nuestros centros indicados anteriormente.
9. **Firma del testigo:** Un testigo debe firmar y fechar el formulario en caso de que el paciente solo pueda realizar una X o no pueda firmar.

Envíe un correo electrónico o llame a Health Information Management al 913-588-2454 si tiene más preguntas.

The University of Kansas Health System – Health Information Management
4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160
Envíe adjunto el formulario firmado al correo electrónico: ROI@kumc.edu o fax: 913-588-2495
<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL